

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

718

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Serge DE BERG

Né le 6 octobre 1910, à Pétrograd (Russie).

Contribution à l'étude des rapports
de l'épilepsie idiopathique infantile avec
l'hérédo-syphilis et de la valeur du
traitement antisypilitique

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Serge DE BERG

Né le 6 octobre 1910, à Pétrograd (Russie).

Contribution à l'étude des rapports
de l'épilepsie idiopathique infantile avec
l'hérédo-syphilis et de la valeur du
traitement antisypilitique

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique. }

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY. }

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. }

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER. }

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FAMILLE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

A MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Médecin des Hôpitaux.

Mes stages.

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS : ACHARD, DELBET,
GOUGEROT, TERRIEN.
GUILLAIN, BRINDEAU.

A MM. LES DOCTEURS : LOUIS RAMOND,
A. SCHWARTZ.
HALLÉ,
LEMIERRE.

Mon Externat.

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE DOCTEUR JEAN QUÉNU
Chirurgien des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Elève bénévole.

A MM. LES DOCTEURS : BAILLIART,

M. KALT,

Mme SCHIFF-WERTHEIMER.

Ophtamologiste aux Quinze-Vingts.

« Par le terme d'épilepsie idiopathique du nourrisson et de l'enfant », on comprend toutes les formes cliniques de convulsions qui n'ont pas d'étiologie évidente.

Ainsi, nous éliminerons de notre étude, tout d'abord :

Les crises convulsives symptomatiques survenant au cours des maladies diverses accompagnées d'un retentissement cérébral.

Chez le nouveau-né, ce sont les hémorragies méningées, chez le nourrisson, les encéphalites ou les méningites aiguës, les thromboses des sinus, bref, toutes les lésions cérébrales qui constituent les encéphalopathies de l'enfance.

En second lieu, nous éliminerons du groupe des convulsions cryptogénétiques auxquelles appartient la forme idiopathique, les convulsions spasmodiques et les convulsions hyperpyrétiques.

Les convulsions spasmodiques traduisent la spasmodophilie qui n'est qu'une hypocalcémie éminemment curable par les rayons ultra-violet.

Signalons également, le spasme du sanglot qui survient dans des conditions bien déterminées et disparaît spontanément vers l'âge de 2 ans.

Les convulsions idiopathiques frappent l'enfant en santé apparente.

L'enfant présente, en général, des convulsions généralisées accompagnées de cyanose; après la disparition du paroxysme, on peut observer les signes pathologiques comme signe de Babinski, abolition des réflexes tendineux, parésie.

Pendant les périodes interparoxystiques, l'examen du petit malade est généralement négatif. Cependant une surveillance attentive peut dépister la survenance de quelques équivalents du mal comitial, tels les absences, les vertiges.

Nombre de petits malades laissent voir un caractère irritable, inquiet, le sommeil souvent agité.

L'avenir de ces enfants est gros de menaces dont la plus grave est l'installation définitive des crises d'épilepsie (L. LHERMITTE).

Depuis bien des années, les auteurs ont cherché l'étiologie de l'épilepsie idiopathique. Pour BABONNEIX, l'alcoolisme des géniteurs et surtout l'hérédosyphilis doivent être retenus; pour d'autres son étiologie est incertaine, ceux-ci rejettent la syphilis à cause du peu d'influence du traitement antisiphilitique.

Pour ROGER, WIDAL et TEISSIER :

L'hérédité syphilitique a un rôle capital dans l'étiologie de l'épilepsie.

GILBERT BALLET, MILIAN, SAINTON et CHIRAY, HUTINEL y ont insisté.

GEORGOPOULOS y a consacré sa thèse.

Les arguments sont d'ordre :

étiologique (antécédents spécifiques, avérés chez les grands-parents et les parents).

clinique (présence chez certains sujets atteints d'épilepsie des stigmates considérés comme propres à l'hérédo-syphilis ou de signes à peu près pathognomoniques de syphilis nerveuse).

biologique (existence, soit chez les malades eux-mêmes, soit chez leurs parents, d'une réaction de fixation subpositive, positive, ou même, dans certains cas, fortement positive vis-à-vis de l'antigène de Wasserman).

thérapeutique : guérison de l'épilepsie par le traitement spécifique.

KLIPPEL et MATHIEU, Pierre WEIL ont fréquemment l'occasion de noter son rôle considérable (fascicule 21, Ouvrage de ROGER, WIDAL et TEISSIER, Nouveau Traité de Médecine).

André COLLIN dans son ouvrage intitulé : « Convulsions et Epilepsies des Enfants » (Doin, Ed., Paris, 1926) signale chez les enfants épileptiques la fréquence de l'hérédo-syphilis, cause principale des convulsions.

A) C'est ainsi qu'il parle des états convulsifs associés à des atteintes méningées syphilitiques.

Ces états appellent toujours le traitement.

« En cas de syphilis avérée des méninges, il semble que la notion de gravité des accidents épileptiques soit due à l'insuffisance de la thérapeutique s'il n'existe pas de maladie mentale constituée avant l'éclosion des phénomènes méningés.

B) « Des états convulsifs associés à des hémiplegies infantiles syphilitiques ». Lorsque les états convulsifs se surajoutent aux symptômes d'hémiplegie et que le diagnostic étiologique peut être fait à temps même si les signes de gravité sont concomitants, on est en droit d'espérer la réparation corticale complète et la guérison à la fois de l'hémiplegie et de l'épilepsie. Nous pourrions en citer de nombreuses observations.

C) « Les états convulsifs et les accidents neuro-méningés sclérosés d'origine syphilitique.

« Aussi bien qu'un traitement ne saurait agir sur une sclérose en plaque à la période d'état, pour s'attaquer à l'élément névroglique détruit et durci, aussi bien le traitement antisypilitique ne peut-il espérer triompher d'une affection dont l'origine syphilitique lointaine est méconnue, a tramé un tissu de sclérose. L'insuccès dans ce cas est certain et nos thérapeutiques actuelles s'épuisent devant un processus de sclérose évoluant à la suite d'une affection qu'une thérapeutique précoce, efficace, prolongée eût pu vaincre »,

André THOMAS et Mme LONG LANDRY recherchant la part de la syphilis héréditaire dans les affections du système nerveux de l'enfance trouvent un pourcentage de syphilis très élevé. Pour les épileptiques soit 47 %. Nous sommes pleinement d'accord avec ces auteurs et nous répétons ce que nous avons dit au début de ce chapitre que c'est systématiquement presque *de parti pris* qu'il faut chercher la syphilis dans les antécédents de tout convulsif.

André COLLIN, sur 140 enfants ayant eu des convulsions, trouve 52 enfants pour lesquels le diagnostic de l'hérédo-syphilis est certain. Soit un pourcentage de 37 %.

Hérédité toxi-infectieuse et similaire.

L'un ou l'autre de ses géniteurs est un psycho-névropathe. Le produit de la conception est sûr de bénéficier de cette tare.

Sur ses 140 obs., André COLLIN trouve 22 enfants soit 15 % présentant des convulsions et épileptiques dont les parents étaient psycho-névropathes et toxi-infectés.

L'alcoolisme des parents, l'hérédité similaire, la syphilis méconnue, la toxi-infection alliée à la psycho-névropathie des ascendants constituent un signe de gravité qui doit être consigné au début de l'observation de tout enfant ayant des convulsions.

Etats pathologiques généraux et nerveux concomitants.

Malgré certaines observations, il nous semble que cette origine doit être considérée comme une cause provocatrice agissant sur un terrain spécial prédisposé. C'est ce que certains auteurs ont appelé l'aptitude convulsive.

Pour certains, l'aptitude convulsive est pathologi-

que. Nous nous rangeons du côté de ces auteurs. Selon d'autres (Gilbert BALLET, CLAUDE) l'aptitude convulsive peut être physiologique et fonctionnelle témoignant de l'irritabilité plus vive du système nerveux jeune.

OBSERVATION I. (N° 3.401-85)

Consultation du Docteur PINARD).

Madame M... Joséphine, âgée de 32 ans, se présente à la consultation pour des malaises nerveux, journaliers.

Antécédents personnels : la malade accuse *depuis la puberté des vertiges* fréquents accompagnés de malaises nerveux, survenant 3 ou 4 fois par jour. Ces troubles ne persistent que pendant 4 mois, puis disparaissent pour réapparaître à l'âge de 22 ans.

La malade a présenté ensuite une *crise convulsive typique* à l'âge de 23 ans, une autre à l'âge de 28 ans.

Actuellement, elle n'a plus de crises d'épilepsie, mais des équivalents sous forme de malaises mal déterminés, survenant sans cause, presque tous les jours, malgré la dose journalière de 0,10 centgr. de gardénal.

A l'examen somatique, elle ne présente rien d'anormal.

Ses réflexes sont normaux.

L'examen sérologique donne un Hecht négatif.

Dans ses *antécédents héréditaires* immédiats, on trouve des signes évidents de syphilis.

Sa mère a eu 6 gestations.

Elle a eu à la première gestation une fille atteinte d'un rhumatisme chronique ?

A la deuxième gestation : une fille dont le B. W. est positif traitée.

La 3^e et 4^e gestations se sont terminées par des fausses couches.

La 5^e gestation c'est notre malade en question.

La 6^e gestation un garçon qui a un B. W. partiellement positif.

Dans ses *antécédents héréditaires* : on trouve en plus de la syphilis de l'épilepsie.

La mère de la malade a été l'aînée de 5 enfants qui tous étaient des épileptiques.

La grand'mère maternelle a été elle-même comitiale.

Le grand'père paternel est mort à l'âge de 56 ans à la suite d'une hémiplégie survenue 1 an auparavant.

Vu l'hérédité chargée de la malade, le B. W. positif de sa sœur, on lui institue le traitement antisypilitique au bismuth.

1^{re} série de bivatol : du 31-1-34 au 13 avril 1934 : 15 injections bi-hebdomadaires de bivatol de 1 cc. 1/2.

2^e série du 18 mai au 30 juillet 1934 : série de 15 injections également.

Durant cette dernière série, la malade accuse une amélioration, ses malaises n'apparaissent qu'au moment des règles.

Cependant, à la fin d'Août, se trouvant en vacances à la montagne, elle accuse subitement une parésie faciale avec paralysie quasi-complète de la main gauche.

A son retour on recommence le traitement au bivatol.

3^e série du 10-9-34 au 14-11-1934, 15 piqûres : la malade est en cours de traitement.

Cette observation montre tout d'abord au point de vue étiologique l'origine nettement syphilitique de l'épilepsie, de la malade par ses antécédents immédiats et éloignés.

Il semble que ce sont les grands-parents qui ont été atteints en premier par la syphilis, ainsi la malade était syphilitique de 2^e génération.

Elle était toute prédisposée par son hérédité à faire de la syphilis nerveuse.

Sa première crise d'épilepsie bien caractérisée a débuté à l'âge de 23 ans. Cependant, elle a commencé à présenter des équivalents sous forme de malaises nerveux, divers, de vertiges répétés encore à la puberté; de sorte qu'il s'agissait bien chez elle d'épilepsie infantile.

Il est à remarquer aussi que ses examens sérologiques étaient négatifs. Hecht : négatif. Cependant que l'examen du sang de sa sœur B. W. positif et celui de son frère partiellement positif.

Le fait de ne pas trouver de B. W. ne nous permet pas dorénavant de nier l'origine syphilitique du mal.

Quant au traitement, il était décevant chez notre malade après 2 séries de bismuth et une amélioration obtenue concernant ces crises nerveuses, la malade fait une paralysie partielle de la face et totale de la main gauche.

Ceci ne nous surprend pas vu que la malade a été soignée très tardivement à l'âge de 32 ans. La maladie a eu bien le temps de faire ses ravages; ici le traitement n'a fait, peut-être, que suractiver momentanément les lésions.

Cependant cet accident est loin de constituer une contre-indication, il faut continuer le traitement et le faire très prolongé.

OBSERVATION II.

L'enfant A... Denise, née le 7 mai 1931 est amenée à la consultation à l'âge de 1 an et 7 mois parce qu'elle a *des crises convulsives* depuis l'âge de 1 an.

Denise est née à 7 mois.

Son poids à la naissance est de 1.750 gr.

A l'examen on note des bosses frontales saillantes, un nez écrasé.

Le B. W. de la mère et de l'enfant est négatif.

Le médecin de la Consultation a pu assister à une de ses crises convulsives.

C'est une crise épileptiforme avec phase tonique : avec pâleur, perte de connaissance, suivie de cyanose et d'obnubitation.

La phase clonique est absente.

L'enfant a souvent 3 crises par jour.

Dans ses antécédents collatéraux : on note,

1^{re} sœur née en 1913, décédée à 7 mois.

1 frère né en 1919, poids à la naissance 4.500 gr.

3^e la consultante.

On entreprend le traitement de l'enfant par le *Sulfarsénol*.

1^{re} série de janvier à février 1933, de 0,2 à 0,16 (poids de l'enfant : 10 kg. 400)

Depuis sa 1^{re} série l'enfant n'a que 3 crises par semaine.

2^e série, en avril-mai 1933.

3^e et 4^e série, novembre-décembre 1933.

Les crises convulsives diminuent très nettement. L'enfant n'a eu que 2 crises de juin à octobre. Cependant l'enfant accuse une énurésie nocturne persistante.

La radiographie de la colonne vertébrale permet de déceler l'existence d'un spina-bifida lombaire.

On fait une interruption de traitement durant 2 mois.

Puis on reprend, de nouveau le Sulfarsénol.

5^e série février-mars 1934.

L'enfant pendant *les derniers mois n'a pas eu de crise*, sauf cependant en février où elle a 2 crises.

6^e série de sulfarsénol; Avril-mai 1934.

L'enfant n'a plus de crises depuis février.

Le 14-6-34, bon aspect : (poids, 14 kg. 700).

Ensuite on fait la 7^e, 8^e, 9^e série qu'on termine au mois de janvier 1935.

L'enfant n'a toujours pas de crises convulsives depuis le mois de février 1934. L'énurésie persiste cependant. L'enfant est âgée maintenant de 3 ans 1/2.

On passe au Bivato1 :

4 séries de Bivato1 ont été faites à raison de 2 piqûres par semaine (1/2 cc., 10 mmgr. puis 3/4 cc. 15 mmgr. par piqûre)

Au mois de janvier 1936 on lui fait une 1^{re} série de Néo-Cardyl (15 mmgr. 3/3 cc.) 2 fois par semaine.

Actuellement, Mai 1936.

L'enfant âgée de 5 ans.

Taille : 108 cm.

Poids : 17 kg. 800.

Bonne mine.

Intelligence normale.

Elle est calme, n'a plus de crises de colères comme auparavant.

Sa dernière crise remonte à 2 ans (février 34). Son énurésie est améliorée mais non complètement disparue.

Dans ses antécédents personnels on constate qu'elle est née avant terme à 7 mois.

Un de ses frères avait un poids à la naissance de 4 kg. 500 nettement trop fort (Cf. Gros enfant signe d'hérédosyphilis, thèse de Raymond Paris 1923).

Ces signes nous font penser à l'hérédosyphilis. Cependant sa sérologie ainsi que celle de sa mère reste négative. On lui institue quand même le traitement.

Ces faits nous parlent d'un succès manifeste que l'on obtient par le sulfarsénol et le bismuth dans le traitement des crises convulsives de l'enfance.

OBSERVATION III.

L'enfant âgée de 10 ans est présentée par les parents faisant des crises convulsives depuis plusieurs années. Ces crises, très fréquentes, surviennent plusieurs fois par semaine, tantôt sous forme d'épilepsie généralisée, tantôt sous forme d'absences.

Sa sérologie est positive. B. W. ++

L'enfant qui reçoit de grosses doses, 0,20 centigrammes par jour de gardénal et du tartrate borico-potassique n'est pas améliorée par ce traitement palliatif.

Le docteur HUTINEL conseille une série intercalée d'acétylarsan et de Muthanol.

Ce traitement est suivi d'une façon très irrégulière, pas d'amélioration appréciable.

Revue à l'âge de 12 ans. On essaie le sulfarsénol.

Les crises prennent une intensité plus forte. On arrête le sulfar à la 6^e piqure et on passe au bivatol une fois par semaine.

Au bout de 10 à 20 piqûres, faites d'une façon régulière, on note une amélioration très nette, les crises diminuent d'intensité et de fréquence et ne surviennent qu'une fois par mois.

Les absences disparaissent complètement.

On continue le traitement pendant 4 ans.

L'examen sérologique devient totalement négatif.

Les crises persistent cependant et surviennent d'une façon régulière aux approches des règles. Tout en continuant le traitement de bivatol, on n'a pas eu la chance de faire disparaître totalement ces crises qui sembleraient être provoquées par une cicatrice indélébile du cerveau. Cette observation est intéressante, car le B. W. + chez la malade nous permet d'attribuer à la syphilis son épilepsie.

OBSERVATION IV (N° 2.811-699)

Sérologie positive.

Enfant M... Madeleine, âgée de 13 ans.

Le 16-11-1928, Wasserman positif.

Antécédents personnels.

Antécédents physiologiques :

Née à terme.

Poids inconnu.

Marche à 1 an.

Nourrie au sein maternel jusqu'à 27 mois.

Parle de bonne heure.

Pas encore réglée.

Antécédents pathologiques :

Aurait eu une fois des convulsions pendant une heure.

A eu la rougeole.

Examen : Au niveau du cœur dédoublement du second bruit ?

T. A. 10-6 1/2.

Coalescence des sourcils. Voûte ogivale.

Denture en mauvais état.

Microdontisme, dents cariées.

Hecht positif en novembre 1928.

L'enfant est de petite taille.

Commencé le traitement de sulfarsénol.

Reçoit 4 piqûres et à la 4^e fait une crise nitritoïde.

A mettre au bismuth, (Docteur CANOUE).

Reçoit 10 piqûres de bivatol.

A ce moment a des accès de somnolence avec constriction de mâchoires durant une heure, avec pâleur de la face et amnésie consécutive.

Vue le 27 février 1929.

Présente des crises épileptiques toutes les semaines.

N'a pas de liseré gingival, non encore réglée.

On commence la 2^e série de bismuth.

Hecht : négatif le 17-4-1929.

En septembre 1929, signalée au Service Social, 8 novembre 1929, n'a pas eu de crises depuis Juillet.

Hecht : le 8 novembre 1929.

3^e série de bismuth, commencée le 8 novembre 1929 (8 centigrammes par semaine).

Le 12 février 1930, Hecht négatif.

4^e série le 12 février 1930 à dose de 8 cent. par semaine.

Le 28 mai 1930, Hecht négatif.

Reçoit encore 5 piqûres à doses de 8 cent. par semaine.

Part en vacances.

Le 10 Octobre 1930, Hecht négatif, bien améliorée.

N'est pas encore réglée.

Continuer à traiter.

Mère éthylique, inconduite, inégalité pupillaire très marquée. Refuse prise de sang.

Antécédents héréditaires : Père mort de choléra, éthylique.

A un frère âgé de 18 ans bien portant, ayant eu un gros poids, 4 kg. 200 à la naissance.

Voici une fillette de 13 ans qui accuse une crise convulsive forte et qui dure une heure. Sa sérologie (B. W. positif) confrontée avec ses antécédents héréditaires, nous autorise à penser à l'étiologie syphilitique de l'épilepsie chez cet enfant.

Le traitement bismuthique a négativé son B. W. Il améliore son état général.

Malgré une aggravation au début du traitement les crises convulsives ont fini par diminuer progressivement. Il s'agit donc de l'épilepsie tardive de l'adolescent d'origine syphili-

tique, confirmée par la réaction sérologique. Très améliorée par le traitement spécifique par le bismuth.

OBSERVATION V. (N° 2.409-590 bis)

(Sérologie partielle)

Enfant âgé de 1 an et demi.

Entré le 10/9/24.

Enfant envoyé pour convulsions.

Antécédents physiologiques :

Né à terme le 29 mars 1923.

Poids : 2 kg. 500.

Elevé au sein 2 mois.

Depuis mars 1924 présente des convulsions.

A eu des crises en Août.

A l'examen la première dent a paru à 8 mois et demi.

Marche à 13 mois.

Examen :

Bien constitué.

Abdomen proéminent.

Foie, rate normaux.

Les testicules ne sont pas descendus.

Hecht le 10-9-34, 1/4, 1/2.

On commence le traitement au sulfarsénol.

On fait 3 piqûres; le 10 octobre 1924.

A eu deux crises qui durent quelques secondes.

On complète la série jusqu'à la 10^e piqûre.

Le 15/12/24 revient après 3 semaines de repos.

A des crises environ tous les 14 jours.

Pendant le repos de 15 jours a eu 3 crises, crises moins nettes à la dernière, l'enfant n'a pas perdu connaissance.

Accuse des mouvements nerveux très fréquents.

11^e série.

On fait les 3 premières piqûres. L'enfant n'a pas de crises depuis le 15 décembre.

Vomit après la 3^e piqûre.

Fait une crise en venant à sa piqûre 5 minutes en wagon.

On complète la série jusqu'à la 10^e piqûre.

Fait une crise le samedi.

Ce matin une crise sans perte de connaissance.

Pas de crise cette semaine.

Toutes ces crises peu intenses.

3 crises le 9 janvier et le 10 et le 11.

A la fin de cette série pas de crises.

Cette observation nous parle d'un enfant d'un an et demi qui a des crises convulsives depuis l'âge d'un an très fréquentes.

L'examen sérologique partiellement positif de cet enfant autorise à attribuer à la syphilis l'étiologie de ses crises. Du reste, l'enfant est beaucoup amélioré par plusieurs séries de sulfarsénol.

OBSERVATION VI. (N° 2.407-475)

Madame G... Alice, âgée de 34 ans vient à la consultation envoyée par le service social.

Antécédents personnels : née à terme. Elevée au sein maternel.

A marché à 10 mois.

Envoyée en sanatorium à 22 ans.

Antécédents pathologiques :

A eu la scarlatine.

Antécédents physiologiques :

Réglée à 13 ans, et régulièrement.

Antécédents obstétricaux :

Mariée à 16 ans.

A eu 2 gestations.

1^{re} gestation en 1912 : naissance d'une fille à terme pesant 3 kgs.

Marche à 18 mois.

2^e gestation en 1914 : garçon à terme, pesant 4 kgs. Marche à 10 mois.

Examen. Depuis 1912, présente des crises convulsives localisées aux membres presque constamment à droite. Mouvements athétosiques des extrémités. Chute. Pas de perte de connaissance. Insomnie, céphalée fréquentes.

Ponction lombaire 13 juin 1924 à la Salpêtrière montre leucocytose 1,3.

Albumine 0,22.

Wassermann négatif.

Benjoin : négatif.

Dans le sang :

Wasserman positif.

Levaditi fortement positif.

A l'examen, on note réflexes normaux, la chute des cheveux, mauvais état de la denture, coalescence des sourcils.

1^{re} série commencée le 6 juillet 1924.

Elle reçoit 1 piqûre et ne revient plus.

Cette observation est intéressante parce qu'elle nous présente une épilepsie localisée ayant débuté à l'âge de 18 ans. La malade a actuellement 34 ans et ses crises convulsives ne l'ont pas quittée. Elle a un liquide céphalo-rachidien normal. Cependant sa sérologie sanguine est positive, ce qui atteste l'origine hérédo-syphilitique de son épilepsie.

OBSERVATION VII (N° 2.701-21).

Mme F... Madeleine, âgée de 34 ans.

Vue le 12-1-1927.

Envoyée pour *crises comitiales*.

Antécédents héréditaires : Père mort à 59 ans, cardiopathie, maladie du foie.

Mère bien portante, a eu 3 enfants *tous très gros*.

L'aînée, la consultante, poids à la naissance : 4 kg. 300, myope depuis 14 ans.

La deuxième : 3 kg. 200.

La troisième : 5 kg. 950.

Tous vivants.

Antécédents personnels :

Antécédents physiologiques : née à terme; poids à la naissance 4 kg. 300, élevée au sein maternel.

Marche à 22 mois.

Parle tard.

Réglée à 12 ans.

Antécédents pathologiques :

Fait des convulsions deux fois à 5 mois.

Scarlatine, varicelle, chorée.

Antécédents collatéraux :

La 2^e sœur a une hémiplegie à droite à l'âge d'un an qui dure plusieurs années.

L'examen :

Les premières crises remontent à Mars 1921.

Crises plutôt nocturnes, avec chute, convulsions, morsure de la langue, perte d'urines, absence du souvenir de la crise.

La crise dure une moyenne de 10 à 15 minutes.

La crise revient à peu près 5 fois par mois.

Faciès de minus habens.

Implantation basse des cheveux.

Scoliose.

Hecht : négatif.

Réflexes rotuliens vifs.

Achilléens et oculaires : normaux.

Prend du gardénal ce qui n'empêche pas les crises.

Cette observation nous parle d'une malade chez qui les crises convulsives sont associées à une idiotie. Ce qui est intéressant ici, c'est que le début des crises convulsives remonte bien loin à l'âge de 5 mois.

L'origine hérédo-syphilitique de ces manifestations s'affirme par les antécédents de sa mère qui a eu de gros enfants (thèse de RAYMOND : le gros enfant signe d'hérédo-syphilis, thèse de Paris, 1929).

Quant au traitement, il est aléatoire de vouloir obtenir quelque résultat chez une telle malade.

OBSERVATION VIII (N° 3.407-401 bis).

Enfant M... Odette, âgée de 2 ans.

Antécédents physiologiques :

Née à terme. Poids : 3 kg. 540.

Elevée au biberon. Premières dents à 6 mois.

Ne marche pas encore seule.

Crâne bien ossifié. Légèrement obèse.

Ventre étalé.

A traiter.

1^{re} série : 8 octobre 1934 au 16 décembre 1934, soit 10 pi-
qûres de sulfarsénol.

2^e série : du 18 février 1935 a eu une crise nerveuse le 19,
une autre, le 12 avril.

Puis une 3^e série.

Et une 4^e série.

Le 2-10-35 : n'a pas eu de crises nerveuses depuis Avril
1935.

Présence de l'énurésie persistante.

5^e série : Continue le traitement à l'Institut Fournier.

Antécédents héréditaires :

M. M..., le père, le 18-5-34 :

Hecht positif.

Kahn positif.

Accuse des céphalées, de l'amaigrissement, à une voix
enrouée.

2^e prise de sang de contrôle :

Hecht positif.

Kahn positif.

Le 5-6-34 ponction sous-occipitale.

Lymphocytose 0,2.

Albumine 0,2.

Wasserman négatif.

Takara négatif.

Benjoin.

Système nerveux : réflexes normaux.

Cette observation nous parle d'un enfant de 2 ans, né de parents syphilitiques, ayant des réactions de B. W. positives. On lui institue le traitement spécifique par le sulfarsénol. Au cours de ce traitement, cet enfant fait des crises convulsives. Néanmoins, on le continue. Les crises disparaissent et l'enfant se trouve amélioré au point de vue général.

Il semble que l'on peut interpréter ces crises convulsives apparues au début du traitement comme une réactivation, une réaction de Herxheimer de sa syphilis nerveuse latente.

OBSERVATION IX.

Hôpital Trousseau. Consultation de Médecine. Mars 1929.

Nourrisson âgé de 6 mois, sexe masculin, présente des *crises convulsives intermittentes* depuis l'âge de 3 mois.

Ni l'examen clinique du nourrisson, ni celui de sa mère ne permettent de trouver de signes de syphilis.

L'enfant est mis au sulfarsénol.

Séries régulières à intervalles d'un mois. Amélioration progressive. Les crises s'espacent pour disparaître presque complètement à l'âge de 2 ans.

Cependant, l'enfant est retardé, ne marche pas, se tient à peine debout.

Cette observation nous montre l'action favorable du sulfarsénol.

OBSERVATION X.

Mars 1929. Nourrisson âgé de 2 mois, présente des troubles vaso-moteurs spasmodiques, *petites crises de pâleur, parfois, accompagnées d'obnubilation générale survenant plusieurs fois par jour*. Ne durant souvent que quelques secondes.

Ces signes peuvent être interprétés comme des équivalents épileptiques.

Antécédents familiaux. Sa sœur, âgée de 5 ans nous est également présentée; accuse parfois des troubles semblables moins fréquents, moins importants que ceux de son frère.

Tous les deux sont mis au sulfarsénol. Et ceci en absence de tout traitement au gardénal. L'amélioration se fait très rapidement sentir chez le nourrisson, pour disparaître complètement au bout de 2 séries de sulfarsénol.

On continue pourtant le traitement.

Cette observation montre sinon la nature syphilitique des troubles épileptiques, du moins l'action très favorable du traitement spécifique arsenical.

CONCLUSIONS

L'hérédité des enfants atteints d'épilepsie idiopathique est très souvent chargée. Très souvent on trouve la syphilis chez les parents, chez les grands-parents sous forme de manifestations cliniques et de sérologies positives. Bien souvent, il s'agit alors de syphilis nerveuse similaire.

Les recherches sérologiques pratiquées chez ces enfants sont presque constamment négatives. Cependant, la sérologie peut se voir positive chez ses collatéraux.

Dans certains cas cependant plus rares, on ne trouve aucun signe évident de syphilis ni chez l'enfant, ni dans son hérédité.

Dans tous les cas, le traitement antisypilitique doit être essayé et ceci indépendamment de la preuve de l'origine syphilitique du mal, car dans bien des cas, il donne une amélioration très nette et parfois la disparition totale des crises.

Dans certains cas cependant le traitement spécifique ne manifeste qu'une très légère amélioration ou bien souvent reste totalement inactif.

Dans ces cas réfractaires, il s'agit souvent de troubles déjà anciens de lésions scléreuses, stabilisées, sur lesquelles il ne peut avoir aucune influence. En

cela, l'épilepsie ne présente pas d'exception et se comporte comme toute lésion syphilitique anciennement constituée.

Le médicament de choix est le sulfarsénol chez le nourrisson, chez l'enfant plus grand les séries de bismuth doivent être intercalées avec des séries d'acétylarsan.

Enfin, insistons pour terminer, que ce traitement, pour être efficace devra avant tout être très prolongé.

Vu, le Président de Thèse,
LEREBOULLET.

Vu, le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Epilepsie chez l'enfant.

- BABONNEIX et DAVID. — Epilepsie essentielle et hérédo-syphilis. (*Gazette des Hôpitaux*, N° 19, 10 avril 1919).
- BLECHMANN. — Epilepsie bravaix jacksonienne subintrante chez un nourrisson tuberculeux (G. BLECHMANN et H. MONTLAUR) présentation du malade. (*Soc. de Pédiatrie*, Mardi 15 juin 1926).
- BRANHAM. — Epileptoid reactions in children. (*Amer. Journ. of Psychiat.*, 1925-26, p. 423-429).
- BRIDGE (E. M.). — Revue de la littérature pédiatrique aux Etats-Unis. L'Epilepsie; progrès récent concernant sa nature et son traitement. (*Revue franç. de Pédiat.*, 5 : 630-647. Oct. 1929).
- CAMERON (H. C.). — Ketonacmia cyclical vomiting and rer-vons disturbances in children. (*Arch. Dis. Childhood*, 2 : 55 61 Feb. 1927).
- CATANEL. — Contribution à l'étude de l'hystérie et de l'épilepsie chez l'enfant. (*Thèse de Montpellier*, 1909-1910, in-8°, N° 69, 64).
- CRUCHET. — Convulsion de l'enfance et épilepsie. (*Gaz. des Hôp.*, 1912).
- DUPERIE (R.). — Sur un cas d'épilepsie infantile traité par le régime cétogène. (*Gaz. Heb. des Sciences Médicales de Bordeaux*, N° 23, 3 juin 1928, p. 356).
- FOX. — The after care of epileptic children. (*Lancet*, 15 septembre 1928).
- JANET. — Convulsions et épilepsie dans l'enfance. (*Vie Médicale*, 1934).

- FRUCHART. — Epilepsie fruste chez l'enfant. (*Soc. Méd. et Anat. Clin. de Lille*. Séance 4 déc. 1934 in : *Journal Soc. Méd. de Lille*, N° 3, 20 janvier 1935).
- HOEFFEL (G.) and MARGARET-MONARTY. — The effect of fasting on the metabolism of epileptic children. (*Americ. Journal of diseases of children*, July 1924, p. 16-24).
- LABBÉ. — Epilepsie acédotique. (*Soc. Méd. Hôp.*, 11 juin 1920).
- LEDENT (R.). — L'enfant épileptique. (*Les Annales de l'Enfance*, N° 57, Sept. 1932).
- LEREBoullet. — Traitement de l'épilepsie chez l'enfant. (*Le Bulletin Médical*, 15 et 18 octobre 1924).
- L'épilepsie chez l'enfant. (*Progrès Médical*, N° 47, 20 novembre 1926).
- MARPAN. — Convulsions des enfants. (*Presse Méd.* Août 1921).
- MEQUARRIE (I.), KEITH (H.-M.). — Epilepsy in children, relations hip of variations in degree of ketonuria to occurrence of, convulsion in epileptic children on ketogenic diets. (*Am. J. Dis. Child* AP : 1013-1029, déc. 1927).
- MINET (Jean). — Epilepsie infantile. Prise unique de gardénal; Sommeil de 48 heures. Guérison. (*L'Echo Médical du Nord*. T. I, N° 11, 18 mars 1934. Réunion médico-chirurgi. des Hôp. de Lille. Séance Décembre 1933).
- MONRAD (S.). — Pronostic et traitement de l'épilepsie dans l'enfance et l'adolescence. (III^e Congrès International de Pédiatrie, Londres, 20-22 Juillet 1933. In : *Presse Médicale* N° 66, 19 août 1933. (Résumé 10 lignes).
- MONTÉL (M.). — De l'Épilepsie infantile. (*Thèse de Lyon*, 1886-1887, in-4°, N° 356 (86 p.)).
- PAQUIEZ. — Traitement de l'épilepsie par le régime cétogène. (*Presse Sud*, Sept. 1927).
- PARDO (Pedro). — Orientaciones nuevas en el tratamiento de la epilepsia infantil. (Publicaciones de Cronica Médica, Valencia, 15 juin 1925).
- PETERMAN. — Epilepsy in cheldhoor. (*J. Aus. med.* Juin 1927).
- Pepe ketogeme dret in epilepsy. (*J. Aus. med.* Juin 1925).

- PETERMAN (M. G.). — Epilepsy in childhood. (*American Journal of diseases of children Chicago*, Sept. 1926, p. 416).
- PETERMAN. — Le traitement de l'épilepsie infantile. (*Rev. des Progrès thérapeutiques*, N° 1, Janv. 1929, p. 26).
- Le traitement de l'épilepsie infantile. (*La Pédiatrie Pratique*, N° 13, 5 mai 1929, p. 126).
- PLANANSKY (J.). — Analyse génétique des lignées des enfants neuropsychopathiques et épileptiques par la méthode de corrélation pratique. (*La Médecine Scolaire*, N° 4, 1^{er} avril 1932).
- ROBIN (Gilbert). — L'enfant épileptique, les troubles de l'humeur et du caractère. (*La Presse Médicale d'Egypte*, N° 294, Décembre 1931).
- Le caractère épileptique chez l'enfant; preuve de l'existence de la constitution épileptoïde. (*Journal des Praticiens*, N° 24, 16 juin 1934).
- Traitement de l'épilepsie chez l'enfant. (*Revue Médicale Française*, 12^e année, N° 9, Décembre 1931).
- L'enfant épileptique, la colère. (*Cong. Méd.*, N° 35, 29 août 1931).
- Comment diagnostiquer la constitution épileptoïde chez l'enfant. (*Le Concours médical*, N° 10, 6 mars 1932).
- Des troubles de l'écriture chez l'enfant épileptoïde. (*La Clinique*, Nov. 1931, N° 173).
- Traitement de l'épilepsie chez l'enfant. (*Les Nouvelles Thérapeutiques*, 1^{er} Fév. 1932).
- Comment traiter l'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde. (*L'Hôpital*. Avril 1932, N° 309).
- L'enfant épileptique, la turbulence. (*Strasbourg Médical*, 22 octobre 1931).
- Comment d'une manière schématique reconnaître les enfants épileptoïdes. (*Archives Hosp.*, N° 2, Mars 1934, p. 83, séance du 3-2-34 de la Sté Méd. Chir. des Hôp. Libres).
- RUPILUS (K.). — L'épilepsie chez les enfants. (*Medizinische Klinisch. T. XXX*, N° 18, 4 mai 1934. *Presse Médicale*, N° 99, 12 décembre 1934).

- SCHAEFFER (H.). — Le traitement diététique de l'épilepsie essentielle des jeunes sujets. (*Le Journal Médical français*, N° 10. T. XXI. Oct. 19 ,
- SSUCHAREWA (G. E.). — Die schizoiden Psychopathien im kinderalto. (*Monatschr. f. Psychiat. u Neurol.* Berlin, 1925, 26 L. X, p. 235-261).
- STETTINER (A.). — Contribution à l'étude clinique des paroxysmes psychiques épileptiques chez les enfants. (*Thèse de Paris*, 1904-1905).
- VILLINGER (W.). — Zur Diagnose und Therapie des epileptischen lymphtomen komplexes init schubweisem Verlauf und Sprachstörungen bei Kindern. (*Zeitschr. f. d. Neurol. und Psychiatrie*, CVII, 1927, p. 247-258).
- VIVIER (A.). — Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1892-1893, in-4°, N° 56 (86 p.).
- WILLIAM (T.), STHANAHAM. — Convulsions in infancy and their relation if any to a subsequent epilepsy. (*The Psychaitrie Quaterby* vol. 2, Janvier 1928, N° 1, page 27).
- ZAPPERT. — Epilepsie dans l'enfance. (*Munchener medizinische Wochenschrift*, N° 30, 28-7-33).
- L'épilepsie dans l'enfance. (*Munchener Medizinisch Wochenschrift*, N° 31, 4-8-33).
- VOGT (H.). — Epilepsie und schwach simzustande im kindesalter. (*Arch. f. Kinderhk Stuttgart*, 1908, XLVIII, p. 321-390).

L'hérédité de l'épilepsie.

- ABADIE (Jean). — L'hérédité épileptique. (*Journal de Médecine de Bordeaux et Sud-Ouest*, N° 30, 842, 20 nov. 1932).
- CONRAD (K.). — L'importance du facteur héréditaire dans l'épilepsie. (Examen de 258 couples de jumeaux) (II^e Congrès neurol. internation. de Londres, 29 juillet-2 Août in. *Presse Médicale*, 15 septembre 1935).

- L'importance du facteur héréditaire dans l'épilepsie. (*Revue Neurologique*, Octobre 1935).
- GOLDSTEIN. — Epilepsie familiale chez l'adulte et hérédité. (II^e Congrès Neeurologique internat. de Londres, 29 juillet-2 août, *Presse Médicale*, 15 Sept. 1935).
- *Revue Neurologique*. Octobre 1935.
- RODIET et QUERON. — Historique de la notion de l'hérédité mentale avant le XX^e siècle et à notre époque. (*Le Progrès Médical*, 28 septembre 1935).
- VIGNES (H.). — L'épilepsie est-elle une maladie héréditaire. (*Le Progrès Médical*, N^o 9, 3-3-34).
- WEYGANT (de Hambourg). — Le problème de l'hérédité dans l'indigence intellectuelle et dans l'épilepsie. (*Société Suisse de Psychiatrie*, 85^e réunion Berne. Séance, 3 novembre 1934, in. *Annales médico-psychologiques*, N^o 5, Mai 1935).

